


ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE



Gestão do Processo de Trabalho em Saúde no Estabelecimento Penal

Rodrigo Otávio Moretti Pires
Igor Claber
Sheila Rubia Lindner
Rosangela Goulart

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora: Roselane Neckel

Vice-Reitora: Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação: Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa: Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão: Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor: Sergio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor: Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento: Antônio Fernando Boing

Subchefe do Departamento: Fabrício Augusto Menegon

Coordenadora do Curso de Capacitação: Elza Berger Salema Coelho

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Marden Marques Soares Filho

Francisco Job Neto

GESTORA GERAL DO PROJETO

Elza Berger Salema Coelho

EQUIPE EXECUTIVA

Carolina Carvalho Bolsoni

Thays Berger Conceição

Rosângela Leonor Goulart

Sheila Rubia Lindner

Olivia Zomer Santos

Gisélida Vieira

ASSESSORIA PEDAGÓGICA

Márcia Regina Luz

AUTORIA DO MÓDULO

Rodrigo Otávio Moretti Pires

Igor Claber

Sheila Rubia Lindner

Rosângela Goulart

REVISÃO DE CONTEÚDO

Igor de Oliveira Claber Siqueira

Francisco Job Neto

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MÍDIAS

Coordenação Técnica: Marcelo Capillé

Design Instrucional: Adriano Sachweh

Design Gráfico, Identidade Visual: Pedro Paulo Delpino

Projeto Gráfico, Diagramação, Ilustração: Laura Martins Rodrigues

Revisão de Revisão de Língua Portuguesa: Adriano Sachweh

Revisão de ABNT: Rosiane Maria


© 2014 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação desde que seja citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900, Trindade

Florianópolis – SC.



ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE

Gestão do Processo de
Trabalho em Saúde no
Estabelecimento Penal

Catálogo elaborado na Fonte

U588g Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Valorização da Atenção Básica. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atenção à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade – Modalidade a Distância.

Gestão do processo de trabalho em saúde no estabelecimento penal [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Organizadores: Rodrigo Otávio Moretti Pires ... [et al] — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

43 p.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: O processo de trabalho em saúde. – Reconhecendo a realidade da atenção.

1. Prisioneiros. 2. Prevenção primária. 3. Presídios. I. UFSC. II. Pires, Rodrigo Otávio Moretti. III. Claber, Igor. IV. Lindner, Sheila Rubia. V. Goulart, Rosangela. VI. Título.

CDU: 340

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária responsável:

Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

Sumário

| | |
|--------------------------|---|
| Carta do autor | 5 |
| Objetivo do módulo | 7 |

| | | | |
|------------------|---|---|----|
| Unidade 1 | I | O processo de trabalho em saúde nos estabelecimentos penais | 8 |
| | | 1.1 Introdução da unidade..... | 9 |
| | | 1.2 De que processo de trabalho estamos falando? | 10 |
| | | 1.3 Processo de trabalho na concepção ampliada de saúde | 12 |
| | | 1.4 Integralidade e interdisciplinaridade | 14 |
| | | 1.5 Resumo da unidade | 16 |

| | | | |
|------------------|---|--|----|
| Unidade 2 | I | Reconhecendo a realidade da atenção à saúde no sistema prisional..... | 17 |
| | | 2.1 Introdução da unidade | 18 |
| | | 2.2 A noção de território no contexto prisional | 19 |
| | | 2.3 Diagnóstico situacional: reconhecimento e enfrentamento dos problemas..... | 21 |
| | | 2.3.1 Internos com sintomas | 24 |
| | | 2.3.2 Internos sem sintomas | 25 |
| | | 2.4 Intersetorialidade e saúde no sistema prisional | 34 |
| | | 2.5 Resumo da unidade..... | 36 |
| | | 2.6 Recomendação de leitura complementar | 36 |

| | |
|---------------------------------|----|
| Encerramento do módulo | 37 |
| Referências..... | 39 |
| Minicurrículo dos autores | 41 |

Carta dos autores

Caro aluno,

Seja bem-vindo ao módulo de gestão do processo de trabalho em saúde no estabelecimento penal. O ambiente prisional é complexo, com características específicas. Assim, para um trabalho efetivo, são necessários saberes, habilidades e competências próprias.

Para trabalhar nos estabelecimentos penais, como em outros cenários da Atenção Básica, os profissionais devem ter consciência de que estão num nível do sistema de serviços de saúde que é a porta de entrada para toda a rede assistencial do SUS. Assim, a saúde no sistema prisional deve ser orientada pelos princípios do primeiro contato: longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (STARFIELD, 2002). Somente dessa forma poderão ser cumpridas as funções de organização, resolutividade e responsabilização.

Nos estabelecimentos penais encontram-se pessoas que cometeram delitos e um número significativo de presos provisórios, ou seja, aqueles de que ainda não se tem uma definição se cometeram ou não um delito e estão sem decisão judicial. Mas, não podemos esquecer que são seres humanos com grande vulnerabilidade social, que sendo sujeitos de direitos, não foram alcançados por políticas de inclusão social efetivas e cujo contato mais estável com o Estado é a presente internação em uma unidade de “ressocialização”. Muitos deles tiveram diversos direitos feridos de modo recorrente no curso de suas vidas, e grande parte destes ainda não tiveram a oportunidade de ser dignamente incluídos em nossa sociedade.

Sabemos, pela literatura internacional, que os resultados em saúde nas prisões dos países desenvolvidos são, em geral, melhores que os alcançados fora delas – basicamente porque todo o arsenal terapêutico, dietético, comportamental e de supervisão pode ser utilizado.

No Brasil, em função do preconceito e da discriminação com relação à população prisional, somados ao crescente sentimento de necessidade de “vingança” social, esta foi a última grande população a ser efetivamente incluída no SUS. Subsistem até este momento serviços de saúde prisional cronicamente subfinanciados que oferecem ações de maneira fragmentada e assistemática, quase sempre dependendo da administração penitenciária.

Por todas as razões expostas, consideramos que é nas prisões onde mais frequentemente encontraremos serviços de saúde de baixa qualidade, onde é difícil realizar-se um trabalho resolutivo e responsável – até mesmo pelas pessoas mais bem intencionadas. As escassas estatísticas de mortalidade e de morbidade das prisões brasileiras confirmam essa ideia.

Além disso, observamos uma grande carência de conhecimentos específicos sobre essa população privada de liberdade, desconhecimento que os profissionais de saúde trazem da sua graduação, sendo expostos em muito raras ocasiões em cursos de pós-graduação ou em qualquer outro momento da formação dos diversos cursos da saúde – e, ainda assim, com o pesado viés do preconceito.

As pessoas devem ser eficientes e profissionais no serviço que oferecem, independentemente do “dom” ou “perfil” para determinada função. Este módulo tem o intuito de despertar em você a percepção da importância e indicar as particularidades das tarefas no ambiente prisional, de tal forma que essa tarefa efetivamente se reflita em bons resultados na saúde dessas pessoas. Assim, haverá condições de assegurar que o processo de formação moral, intelectual e de civilidade possa ser despertado, aprimorado e reforçado nessas pessoas, culminando na efetiva

inclusão social, objetivo único para o qual elas foram internadas pelo Estado.

Vamos colocar esses saberes em prática? Essas unidades, esses módulos e o curso em si devem ser instrumentos de justiça e transformação social. Juntos, somos capazes de mudar essa realidade.

Rodrigo Otávio Moretti Pires

Igor Claber

Sheila Rubia Lindner

Rosangela Goulart



Objetivo do módulo

Ao final do módulo você será capaz de contribuir efetivamente na gestão do processo de trabalho do serviço de saúde na atenção à pessoa privada de liberdade, seja em serviços organizados no âmbito do estabelecimento penal, seja em unidades de saúde da comunidade, como um membro atuante e conhecedor dos elementos de processo, assim como das particularidades e especificidades desse ambiente.

Carga horária de estudo recomendada
para este módulo: 30 horas



Unidade 1

O processo de trabalho
em saúde nos
estabelecimentos penais

1.1 Introdução da unidade

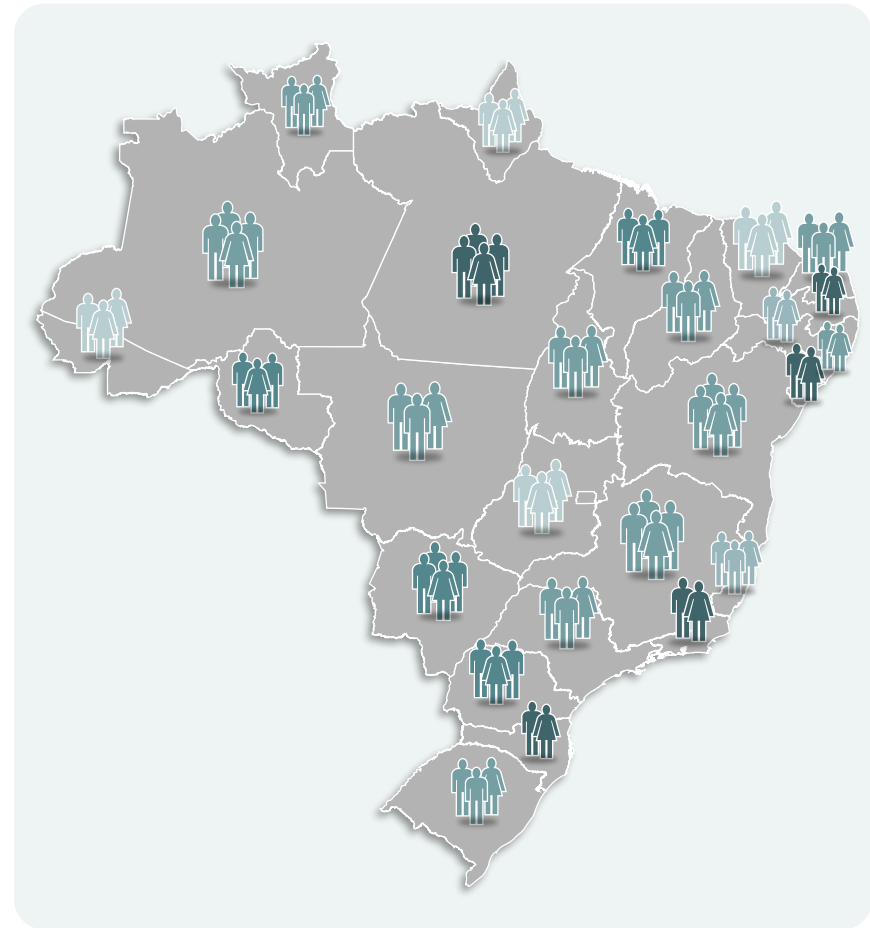
Esta unidade tem como objetivo principal discutir sobre a inclusão da pessoa privada de liberdade no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). A ideia é que isso ocorra à luz do processo de trabalho em saúde e, em particular, sobre a atenção básica à saúde como porta de entrada e reguladora do processo de trabalho.

Isto pode se dar em âmbito prisional ou em serviços extramuros, considerando-se a prática das equipes, a discussão dos elementos do processo de trabalho e suas particularidades no campo da saúde dessa população específica.

Felizmente encontramos muitas equipes pelo Brasil que, vivendo realidades semelhantes, conseguem administrar bem a demanda, criar vínculos com a comunidade privada de liberdade e desenvolver alguns projetos. Desse modo, provocam mudanças a fim de atingir objetivos e metas e, com isso, obter mais resultados e maior satisfação com o seu trabalho.

O que diferencia, então, o trabalho dessas equipes que conseguem romper com a “inércia”, do trabalho das equipes que têm dificuldades e não conseguem romper essas resistências?

É possível que a resposta a essa pergunta esteja relacionada, entre outras coisas, à forma como cada equipe trabalha ou, dito de outra maneira, à forma como as equipes organizam seu processo de trabalho e conseguem se contrapor à força da “cultura institucional” (FARIA et al, 2008).



| Figura 1 – Equipes atuando pelo Brasil afora.
Fonte: adaptado de Wikimedia Commons/Felipe Menegaz (2014).



A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Não estamos nos referindo a uma instituição específica, mas à forma de fazer em um determinado sistema, coletividade ou grupo profissional, em um determinado tempo histórico.

Alguém já disse que “todo problema complexo admite uma solução simples; sempre errada”. Quanto mais complexo e menos sistematizado for o processo de trabalho, mais difícil será refletir sobre ele: é o caso da saúde no ambiente prisional.

Nas populações privadas de liberdade, mudar o comportamento de um indivíduo a respeito de sua saúde, ou mudar o comportamento de um grupo a respeito do seu meio, é uma tarefa árdua, que exige paciência e, sobretudo, habilidades e competências (FARIA et al, 2008).

A construção do conhecimento e de novas capacidades daí derivadas é elemento-chave no desenvolvimento dos processos de trabalho, em quaisquer de suas características, tempo ou espaço.

Ao final desta unidade você deverá ser capaz de reconhecer e distinguir as especificidades dos estabelecimentos penais em geral, traçando e gerindo os processos de trabalho de maneira proficiente.

Vamos lá, então?

1.2 De que processo de trabalho estamos falando?

Os problemas de saúde são um fenômeno social e histórico que não pode ser analisado como um processo linear e orientado apenas com base em sinais e sintomas biológicos, apesar de ser essa a tradição e a estruturação na maioria dos sistemas de saúde (CAMPOS, 2003).

A disponibilidade e o acesso a um conjunto de ações e serviços influenciam a saúde da população, mas não o suficiente para resolver os problemas demandados. Não basta aumentar a disponibilidade e o acesso ao atendimento; é preciso pensar que tipo de atendimento é esse.

A forma como o serviço em saúde é oferecido potencializa o seu grau de resolubilidade. A origem e o transcurso histórico, as diferentes conformações e os espaços em que se situam têm relação direta com a maneira de executar o trabalho em saúde, ou seja, em como o processo de trabalho é orientado.

Em um primeiro momento, por meio do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, criou-se um frágil mecanismo indutor para permitir o acesso da pessoa privada de liberdade (PPL) ao SUS (BRASIL, 2003). A incidência do PNSSP sobre o sistema prisional e sistemas de saúde, em cada território, foi tímida, mas importante para criar condições favoráveis ao debate e à indução dessa necessária interface.





| Figura 2 – Portaria Interministerial nº 1.777 como mecanismo de indução da PPL ao SUS.

Fonte: do autor (2014).

A PNAISP, por sua vez, traduz-se simplesmente pela obviedade com que trata das responsabilidades sanitárias do SUS face às necessidades de saúde da PPL. Em seus princípios e objetivos, bem como sua proposta de organização e operacionalização, representa uma paráfrase daquilo já historicamente construído no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

De todo modo, ao adaptar equipes da atenção básica (com um componente psicossocial), oferece novamente (como o PNSSP) a possibilidade de constituição de pontos de atenção em contextos de prisões, assim como incentiva o matriciamento com os dispositivos do território.

A inovação, portanto, é encontrada tão somente no mecanismo compensatório que utiliza as variáveis socio sanitárias para definir o valor do incentivo para habilitação de tais pontos de atenção. De resto, cumpre a obrigatoriedade sanitária, e é um diálogo com as questões mais evidentes do SUS, em sua arquitetura de gestão e oferta de serviços.

Para tanto, quando falamos em processo de trabalho, estamos falando necessariamente dos objetivos do trabalho, dos sujeitos que agem, do objeto da ação e dos meios disponíveis e utilizados na execução da ação. Para entender e transformar o nosso processo de trabalho no ambiente prisional de modo que se torne mais eficiente e eficaz, é essencial que os conheçamos para que possamos considerar esses elementos e suas especificidades (FARIA et al, 2008).

Pensar o nosso processo de trabalho implica necessariamente uma reflexão sobre nossos limites e nossas possibilidades, mas principalmente sobre nossas responsabilidades diante dessa população privada de liberdade.

Deve-se destacar que, como todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, a escolha e o estabelecimento desses fins ou objetivos é uma atividade de crucial importância. É aí que se localizam, mesmo que não explicitamente, as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho.

Nos processos de trabalho da saúde, o objetivo final é a saúde integral, e é para alcançá-lo que a equipe de atenção básica à saúde atua no seu território.

Outro aspecto importante é o reconhecimento de que o sistema de saúde prisional, composto pela sua comunidade prisional (população privada de liberdade, profissionais de saúde, agentes carcerários e suas famílias), deve estar articulado com os demais estabelecimentos e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que são ponto de contato e entrelaçamento de uma mesma rede: Unidades de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Unidades de Urgência e Emergência e Hospitais – enfim, a Rede de Atenção à Saúde.



| Figura 3 – Rede de Atenção à Saúde (RAS).
Fonte: do autor (2014).

Para conhecer melhor os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, recomendamos que leia o conteúdo disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>.



1.3 Processo de trabalho na concepção ampliada de saúde

Em seu cotidiano, você já deve ter percebido que apenas o conteúdo técnico da assistência não é suficiente para resolver os problemas de saúde. Uma assistência de qualidade e ações de promoção e prevenção são fundamentais, mas também é muito importante o comprometimento dos indivíduos envolvidos, que se denomina corresponsabilidade e coparticipação.

No processo de trabalho, tanto no campo da saúde quanto no da educação, é preciso considerar que os usuários do serviço são também, direta e imediatamente, sujeitos ou agentes do processo de trabalho, e são, em alguma dimensão de seu ser, objetos desse mesmo processo de trabalho. Esse conceito é fundamental para, diante dos principais agravos à saúde no ambiente prisional, termos clareza da necessidade da prevenção, promoção e cura, mas jamais nos esquecermos de desenvolver e estimular o autocuidado, a corresponsabilidade e a coparticipação dessa população privada de liberdade.



Nesse sentido, ao longo da implementação do SUS, o debate caminhou para firmar o tratamento horizontalizado como padrão a ser assegurado. Nessa forma de tratamento, a equipe de saúde se compromete com uma postura de similaridade, proximidade e acolhimento das demandas biológicas tanto quanto das demandas emocionais e sociais dos usuários, na medida em que as normas e os procedimentos por si só não promovem a adesão ao tratamento e muito menos às dimensões amplas da saúde para além do corpo biológico. Esse debate em especial refere-se ao trabalho em saúde em si, tanto da vivência do profissional de saúde que presta o serviço como dos usuários que o recebem.

A existência de normas e protocolos oriundos do Ministério da Saúde (MS) garante a estrutura legal para as mudanças exigidas no processo de trabalho diante da concepção de “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). No entanto, como defende Merhy (2008), as relações do cotidiano do serviço, chamadas por ele de micropolítica, que fundamentam a organização dos processos de trabalho e produção da saúde, são imprescindíveis e devem ser entendidas para se promoverem reais mudanças nas formas de se produzir saúde.

Todos temos projetos individuais e coletivos que, de alguma forma, interferem no contexto das unidades em que trabalhamos. Isso se dá porque, antes de sermos trabalhadores, somos sujeitos que trazemos no ato da produção de saúde a nossa subjetividade, a nossa história e os contextos da corporação a que pertencemos e que podem chocar-se com as circunstâncias dos colegas com quem devemos colaborar e dos próprios pacientes que atendemos.



| Figura 4 – Projetos individuais e coletivos com foco em uma causa conjunta.
Fonte: Fotolia/Robert Kneschke (2014).

Outro aspecto diretamente relacionado a esse contexto é a política de gestão que os administra. Nesse sentido, Merhy (2003) chama a atenção para a existência de conflitos e tensões, na medida em que os projetos individuais e coletivos encontram-se



no espaço de produção de saúde. Há certo governo pessoal de espaço, mas também encontros das governabilidades. Entender o modelo assistencial é pensar em como está organizada a assistência, que é produto dessas tensões (MERHY, 2008).

Dessa forma, a importância de pensar a dimensão humana do trabalho é justificada, já que, quando um profissional realiza determinada atividade na assistência à saúde, são tão importantes os componentes técnicos da ação quanto os componentes subjetivos e intersubjetivos. Ou seja, o profissional como ser humano também está ali, interagindo com o outro ser humano, que recebe o cuidado.

Em qualquer contexto, mas principalmente nas prisões, paradigma do que foi denominado por Goffman “instituição total”, a relação de comprometimento, corresponsabilidade e coparticipação se refletirá no vínculo dos profissionais com os usuários, assim como as próprias formas de viver o trabalho em saúde (CECÍLIO, 2001; MERHY, 2008). Merhy (2008, p. 5) defende que é fundamental encarar o trabalho em saúde como relacional, o que denomina “trabalho vivo”, relacionando-se como “forma de agir entre sujeitos trabalhadores e usuários, individuais e coletivos, implicados com a produção do cuidado”.

1.4 Integralidade e interdisciplinaridade

As ações de saúde às pessoas privadas de liberdade no sistema prisional devem estar embasadas nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e atender às peculiaridades dessas pessoas e ao perfil epidemiológico da unidade prisional

e da região onde estes se encontram. Além disso, devem ser contempladas ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde, preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constantes na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), no âmbito do SUS.

Para a execução das ações de saúde integral, os serviços e as equipes do SUS, organizados de acordo com o consignado na norma de operacionalização da PNAISP e na PNAB deverão atuar em cooperação com os sistemas prisionais.



| Figura 5 – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
Fonte: Ministério da Saúde (2014).

Assim, é preciso que o SUS realize seu trabalho de maneira maximamente integrada. Assim, os profissionais de saúde que atendem às demandas da PPL, seja em unidades prisionais ou fora delas, disporão da referência e do auxílio de profissionais com aportes técnico-assistenciais capazes de ampliar a visão e a intervenção das equipes junto às demandas dos usuários, principalmente para a consecução da integralidade e efetividade da assistência.



Nesta perspectiva ampliada, o processo de trabalho em equipe constitui-se em uma prática na qual é fundamental a comunicação entre os profissionais no exercício cotidiano do trabalho. Na equipe multiprofissional, trata-se da articulação de processos de trabalhos distintos que, portanto, devem considerar as conexões e as interfaces existentes entre as intervenções peculiares de cada área profissional, preservando-se as respectivas especificidades, devendo apoiar-se na equipe do NASF.

Tendo como objetivo a atuação integral em saúde, as ações e as propostas da equipe com caráter interdisciplinar devem contemplar a identificação periódica das **necessidades**, dos **riscos** e das **vulnerabilidades** da população sob sua responsabilidade, a fim de que respondam de maneira adequada e resolutiva.

Por interdisciplinaridade entende-se o processo de interação entre as disciplinas em que há cooperação acerca do conhecimento, por meio de sua ação coordenada. Caracteriza-se por uma ação simultânea de diversas disciplinas em torno de um tema.

As equipes de saúde responsáveis por territórios com populações privadas de liberdade em estabelecimento penal deverão estar preparadas para atuar num ambiente com diversas peculiaridades. Entre estas, o fato de haver barreiras para o acesso aos recursos desse território. Da mesma forma, a equipe gestora local do SUS deverá ser especialmente sensível ao redesenho de processos e dispositivos, a fim de gerar equidade, qualidade e efetividade na prestação de saúde para as pessoas privadas de liberdade.

A fim de que atendam às demandas da PPL – em unidades prisionais ou fora delas – de modo multiprofissional e interdisciplinar, consolida-se uma atuação em saúde integral cujo objetivo é responder às demandas das comunidades. Esse movimento é possível principalmente por conta da composição da equipe.

É importante destacar a atuação dos NASF, CAPS, dentre outros componentes da RAS, que, reunindo outros profissionais e podendo atuar de maneira multiprofissional, interdisciplinar e integrada com a equipe de saúde prisional, possibilita avanços em direção à integralidade e à equidade da atenção em saúde.



| Figura 6 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
Fonte: adaptado de Fotolia/sveta; Ministério da Saúde (2014).



A reflexão sobre a atuação da equipe, em que cada profissional contribui com diferentes nuances do conhecimento em saúde, remete à discussão do caráter orientador do cuidado terapêutico profissional específico.

Ao mencionarmos o cuidado terapêutico profissional específico, referimo-nos àquelas ações de saúde que, segundo o Código de Ética Profissional, competem ao exercício de cada profissão e que têm como orientação seu objeto de trabalho específico. Ou seja, fazemos referência às ações profissionais específicas promovidas por todas as categorias que atuam na saúde, sobretudo porque nossa intenção é a de deixar muito claro que as especificidades do conhecimento profissional não podem ser desconsideradas. Pelo contrário, não pode existir integralidade da atenção em saúde se esse processo desconsiderar o conhecimento específico presente em cada especialidade.

Assim, por meio do trabalho interdisciplinar, são delineadas as possibilidades de construção de um espaço de cuidado que promova mudanças estruturais no processo de trabalho. Isso tende a gerar reciprocidade, enriquecimento mútuo dos profissionais e horizontalidade das relações de poder entre os diversos campos do saber (VASCONCELOS, 2002).

Neste espaço de cuidado, todos ganham: os profissionais ganham experiência e conhecimento e a comunidade ganha saúde e satisfação com os serviços prestados.

Para aprofundar os seus estudos, recomendamos a seguinte leitura: VASCONCELOS, E. M. Os conceitos e os tipos de práticas interdisciplinares e interparadigmáticas. In: _____. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. cap. 3. p. 102-128.



1.5 Resumo da unidade

Nesta unidade você teve a oportunidade de conhecer as bases teóricas que abarcam o processo de trabalho em saúde inserido no sistema prisional.

Com a implantação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, é dever do SUS, à luz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a inserção efetiva dessa população na rede de atenção à saúde do território.





Unidade 2

Reconhecendo a realidade
da atenção à saúde no
sistema prisional

O mapeamento do território deve levar em consideração os problemas de saúde, em contraponto com as circunstâncias de vida dessa população.

O equívoco inicial não deve ser mantido quando da organização do processo de trabalho da equipe. Se os limites geográficos foram definidos burocraticamente, cabe à equipe estender e entender esse território como um espaço social em contínua transformação.

Portanto, a visualização do espaço territorial e o acompanhamento de suas características socio sanitárias devem ser contemplados como importantes instrumentos de trabalho. Todo processo de trabalho ocorre dentro de um território específico e sobre ele, e na saúde prisional não é diferente. Adiante, vamos refletir um pouco a respeito de que conceito de território estamos falando.

2.2 A noção de território no contexto prisional

No intuito de planejar e implementar ações de saúde na atenção à pessoa privada de liberdade, seja em serviços organizados no âmbito do estabelecimento penal, seja em unidades de saúde da comunidade, é essencial nesse processo não negligenciar este conceito básico da atenção primária: a **territorialização**.

Estratégia fundamental na construção do SUS, a descentralização visa a uma melhor organização dos serviços, respeitando as características das diferentes regiões em nosso país. Além disso,

teve por objetivo, em cada local, conferir maior autonomia aos dirigentes e trabalhadores da saúde para, com a população, conhecer a realidade e, tendo por base esse conhecimento, planejar, implementar e gerenciar propostas de cuidado que respondam, com adequação e eficácia, aos problemas e às demandas identificados naquele determinado cenário (FARIA et al, 2008).

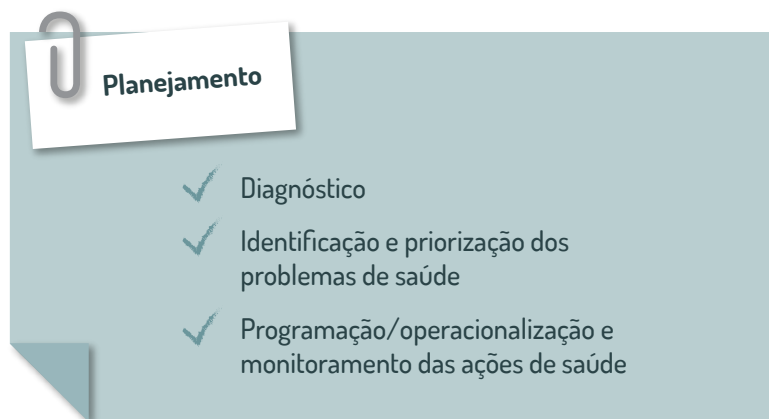
As populações prisionais também são agentes do planejamento de saúde e atuam nas mudanças desejadas no cenário prisional.

Com relação ao planejamento das ações para atenção à população privada de liberdade, qual é a importância da territorialização para o trabalho de sua equipe de saúde em sua unidade penal, quando houver, e em diversos outros serviços da rede?

Por território, compreendemos não apenas uma área geográfica delimitada, com características de relevo, vegetação e clima próprios, mas um espaço social onde vive uma população definida e onde a organização da vida dessas pessoas em grupo obedece a um processo historicamente construído. Cada território apresenta características próprias, conformando uma realidade que a cada momento lhe é peculiar e única (FARIA et al, 2008).

Para ser mais claro, é importante que você veja e identifique o ambiente penal onde trabalha como uma área de responsabilidade de sua equipe para que vocês possam realizar o seu planejamento: diagnóstico, identificação e priorização dos problemas de saúde, bem como programação/operacionalização e monitoramento das ações de saúde.





| Figura 8 – Planejamento para atuação da equipe.
Fonte: do autor (2014).

Os serviços não podem basear-se apenas nos estudos da origem biológica quando da ocorrência de doenças. É preciso conhecer onde, em quem, com que frequência, como e por que as doenças ocorrem. É necessário conhecer as condições em que vivem as pessoas acometidas, o valor por elas atribuído a essas doenças e os prováveis fatores que determinam e condicionam o aparecimento e a manutenção dessas enfermidades.

Podemos dizer que os indivíduos adscritos têm como objetivo principal a resposta às suas necessidades e expectativas (inclusive as não sanitárias), que serão socialmente consideradas como próprias para os serviços de saúde. O alívio de suas dores e sofrimentos e a recuperação de sua capacidade psicofisiológica são demandas que os indivíduos mais frequentemente apresentam às equipes.

A proteção e a promoção de sua saúde são também demandas que os indivíduos, às vezes, apresentarão aos profissionais, se

estas forem socialmente reconhecidas como demandas apropriadas para os serviços de saúde.

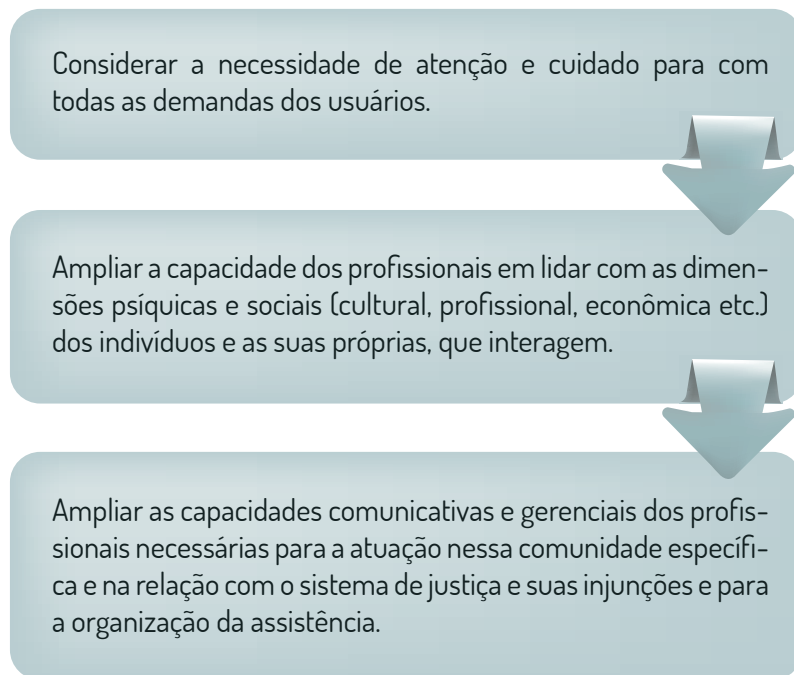
No entanto, talvez porque os serviços de saúde e os serviços penais escassamente tenham observado essas demandas e pouco as reconheceram como demandas apropriadas, raramente veremos detentos requisitando práticas educacionais e atividades para a mudança de comportamentos ou modificação do padrão de suas relações sociais e profissionais, em função de impactos esperados em sua saúde.

Outra característica fundamental da demanda em saúde prisional é que uma parte significativa das necessidades e expectativas apresentadas pelos usuários dos serviços não se limitam às condições e aos sofrimentos biológicos. Ao contrário, a grande maioria é diretamente derivada de condições psicossociais.

Todos que trabalham com atenção à saúde da PPL sabem que os objetivos dos usuários para e com relação aos serviços oferecidos implicam potenciais contradições em si mesmas – e com relação aos objetivos institucionais do sistema, das equipes e dos profissionais envolvidos. Por um lado, estão relacionados à realização de consultas e exames, e à medicalização dos problemas; por outro, ultrapassam as possibilidades de uma solução apenas biomédica.

Para a resolução dessas contradições e a superação das tensões que elas produzem, é necessário o desenvolvimento e a utilização de tecnologias próprias à Atenção Primária em saúde, levando em consideração as particularidades desse grupo privado de liberdade. O diagrama a seguir descreve funções que essas tecnologias, idealmente, devem ter.





| Figura 9 – Funções das tecnologias relacionadas à Atenção Primária.
Fonte: do autor (2014).

Essas tecnologias devem permitir tanto o diagnóstico quanto a abordagem das demandas e das necessidades das comunidades privadas de liberdade. No nível comunitário, destacam-se o diagnóstico local e, principalmente, a capacidade dos profissionais em identificar e lidar com as influências políticas e com as diversas “redes sociais”, ativando as suas potencialidades para ampliar a atenção às necessidades de saúde.

Assim, na organização dos serviços de saúde deveremos sempre levar em conta as características próprias de cada estabe-

lecimento penal (território), no que se refere às especificidades da sua população, para que os diagnósticos (dos **riscos locais, populacionais gerais e específicos**) e a definição das prioridades e das formas de atuação sejam mais justos, adequados e eficazes. Para tanto, é necessário reconhecer e enfrentar os problemas baseando-se na leitura desse território e das especificidades dessa população.

Esses conceitos relativos à gestão do processo de trabalho, no que tange ao diagnóstico e à definição de prioridade e das formas de atuação, serão abordados de maneira mais detalhada a seguir.

2.3 Diagnóstico situacional: reconhecimento e enfrentamento dos problemas

Os princípios da **integralidade**, da **universalidade** e da **igualdade**, norteadores do SUS, e que orientam também a construção do processo de trabalho das equipes de saúde, apontam para a importância do planejamento local e da programação de ações e estratégias orientadas para as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

Integralidade

Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, buscando o restabelecimento da saúde.

Universalidade

Acesso aos serviços de saúde para todos os usuários, sem exceção, em todos os níveis de assistência.

Igualdade

Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.



Ações como acolhimento, atuação em grupos, programação das ações profissionais específicas, promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde e ações de educação em saúde só terão êxito na produção do cuidado em saúde, em seu sentido mais amplo, se forem debatidas, percebidas e melhoradas por meio de reuniões estruturadas para planejamento por parte da equipe de saúde responsável pela atuação integrada.

Realizar a atenção em saúde com base na identificação dos problemas mais prevalentes na unidade prisional permite também à população acompanhar, de maneira efetiva e avaliativa, as ações praticadas pelo serviço de saúde. Isto cumpre a necessidade da participação e do controle social por parte da comunidade, conforme teorizado de maneira geral para o SUS (BORGES; DOHN, 2006).



Para conhecer mais a respeito desse assunto, consulte: MEHRY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo e saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112. (Saúde em Debate, 108; Série didática, 6).

Este tópico do assunto não pretende esgotar o tema abordado, mas servir como um instrumento orientador para responder às questões mais frequentes que surgem na rotina do processo de trabalho na atenção à pessoa privada de liberdade, seja em serviços organizados no âmbito do estabelecimento penal, seja em unidades de saúde da comunidade em saúde.

A sua importância está justificada dentro dos princípios da medicina de família e comunidade, que enfatizam que as ações das equipes precisam ser voltadas às necessidades das populações a elas vinculadas, de modo que cada profissional da equipe seja um “especialista na sua comunidade”. Assim, cada membro da equipe deve ser *expert* nos problemas e agravos mais prevalentes no seu “território”.

Para que isso fique ao alcance de ser efetivamente implementado no “território” no âmbito do estabelecimento penal – seja na comunidade para a “comunidade” de internos, trabalhadores e suas famílias –, os profissionais de saúde prisional necessitam fazer um diagnóstico situacional do seu estabelecimento penal. Para esse diagnóstico ser elaborado, é essencial que os riscos gerais, locais e específicos dessa população sejam estimados e categorizados.

O diagnóstico situacional tem como principal objetivo caracterizar a população prisional de cada estabelecimento penal e definir de maneira planejada os objetivos da atenção à saúde dessa população específica.

Os profissionais das equipes de saúde, convivendo com as pessoas privadas de liberdade e entendendo as representações sociais da doença, podem induzir mudanças significativas no sistema prisional brasileiro. Essas equipes, articuladas a redes assistenciais de saúde, têm como atribuições fundamentais: planejamento das ações; saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe.





| Figura 10 – Atribuições fundamentais de equipes articuladas a redes assistenciais de saúde.
Fonte: do autor (2014).

Como parte do seu objetivo na reabilitação e ressocialização, a Lei de Execução Penal (LEP) determina que as pessoas privadas de liberdade tenham acesso a vários tipos de assistência: assistência médica, assessoria jurídica e de serviços sociais.



Para conhecer um pouco mais sobre a LEP (Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984), acesse o material neste endereço eletrônico: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm>.

Na prática, alguns benefícios são oferecidos, ainda que de modo insuficiente na extensão determinada pela lei. Sequer a assistência médica – o mais básico e necessário dos três serviços – é oferecida ainda em níveis mínimos para a maior parte das pessoas privadas de liberdade.

A seguir estão listadas algumas das deficiências da assistência em saúde oferecida na grande maioria dos estabelecimentos penais brasileiros.

- Espaço físico inadequado, incompatível com a prática de atividades médico-sociais (fazer saúde em um lugar insalubre).
- Dificuldade de recrutar profissionais de saúde em geral (médicos, dentistas e enfermeiros) para trabalhar no ambiente prisional.
- Distribuição inadequada de enfermeiros e técnicos de enfermagem, que não têm o treinamento básico para exercer algumas de suas atribuições, especificamente o tratamento de doentes mentais; saúde bucal, quando presente, resume-se muitas vezes à mera extração dentária – conciliar a ótica do cuidado com os preceitos da segurança.
- Ausência da equipe auxiliar de agentes de saúde, que realizariam a mediação cultural com a comunidade.

O grande desafio das equipes de saúde que atendem à pessoa privada de liberdade – em serviços organizados no âmbito do estabelecimento penal ou em unidades de saúde da comunidade



– é realizar os exames iniciais, ao ocorrer a inclusão da pessoa custodiada, aplicando protocolos mínimos de “porta de entrada”, realizando o necessário diagnóstico e propondo o manejo clínico mais adequado, inclusive daquele que provém de outra unidade prisional, já que geralmente é encaminhado sem o seu prontuário médico para que se possa dar continuidade ao tratamento.



- Fazer os exames iniciais.
- Realizar o diagnóstico com protocolos mínimos de “porta de entrada”.
- Propor o manejo clínico mais adequado.

| Figura 11 – Grande desafio das equipes de saúde que atendem à pessoa privada de liberdade.
Fonte: do autor (2014).



Assista ao vídeo “Prender resolve a criminalidade? Juízes têm debate acalorado no programa Na Moral”. Nele, Douglas de Melo Martins, da comissão Nacional de Justiça, e Fabio Uchoa, da 1ª Vara de Execuções Penais do Rio de Janeiro, expõem suas diferentes opiniões. Disponível em: <<http://gshow.globo.com/programas/na-moral/0-Programa/noticia/2014/07/prender-resolve-a-criminalidade-juizes-tem-debate-acalorado-no-na-moral.html>>.

Vale lembrar que esse exame “admissional” é fundamental para a abordagem inicial dessa pessoa, como também para assegurar a proteção à saúde das pessoas que já se encontram reclusas nesse ambiente.

Todos os protocolos nacionais e internacionais indicam que, ao ser admitida, a pessoa deve permanecer separada dos outros internos até que haja evidências de não existirem riscos de tuberculose ativa, de suicídio ou outros riscos pessoais ou à comunidade.

Embora existam leis e tratados nacionais e internacionais que buscam contribuir para uma melhor assistência à população encarcerada, é notória a falta de operacionalização, o que gera grande preocupação em relação à situação em que se encontram essas pessoas e às suas consequências, dentre elas as práticas de violência e o descaso com a saúde física e psíquica.

2.3.1 Internos com sintomas

O dia a dia de uma unidade prisional é marcado pelas diversas queixas apresentadas pelas pessoas privadas de liberdade. Essas queixas se caracterizam pelas mais diversas necessidades:

- ambiência insalubre, inadequada;
- a prática recorrente da violência pelo agente do Estado, tal como a negligência e a tortura;



- escassa oferta de assistência;
- um cigarro, saudades da família, uma atenção do setor jurídico, superlotação da cela, insatisfação com a qualidade da alimentação, falta de respeito do companheiro de cela, temperatura do chuveiro e até mesmo a “óbvia” insatisfação de estar privado de liberdade.

Lamentações e carências como estas muitas vezes são motivos explícitos de consulta ou mesmo ocultos em alguma queixa física ou mental: “Quando a boca cala, o corpo fala...”.

Os profissionais de saúde que pretendem oferecer atenção integral a essas pessoas privadas de liberdade necessitam ter habilidades para lidar com os problemas de saúde mais prevalentes no ambiente prisional, assim como ter consciência de que muitas queixas “simples”, como insônia, cefaleia, epigastria ou lombalgia, podem ser reflexo ou mesmo um “bilhete de ingresso” para a pessoa expressar suas lamentações, suas necessidades e carências.

Este módulo não tem o objetivo, muito menos a pretensão ou “ambição” de abordar os sintomas físicos mais comuns ou os sofrimentos apresentados pelas pessoas privadas de liberdades. Apesar de haver um módulo com esse propósito, queremos tornar mais sólido o conceito que está sendo trabalhado nesta unidade: a importância do diagnóstico situacional. Afinal, será esse diagnóstico que expressará o que é mais comum, as finalidades ou o que há de mais importante a ser trabalhado. Ou seja, a partir do momento em que se conhece o seu território, os elementos do processo de trabalho e os riscos gerais, locais e

específicos de sua comunidade prisional, é que serão enunciados os problemas, as queixas e os sintomas mais comuns.

2.3.2 Internos sem sintomas

As pessoas que se encontram privadas de liberdade, mas não apresentam qualquer queixa, merecem ter seus riscos à saúde mensurados de acordo com sua idade, sexo, hábitos, ambiente, histórico familiar e pessoal, assim como interações sociais prévias.



| Figura 12 – Fatores que mensuram os riscos à saúde.
Fonte: do autor (2014).





Quais são os riscos populacionais gerais da população privada de liberdade no ambiente prisional que você referencia em seu trabalho, seja em serviços estruturados intra, seja em serviço existente extramuros? Sugerimos que faça listas.



Quando falamos sobre riscos gerais, estamos nos referindo àqueles que as pessoas privadas de liberdade apresentam independentemente de estarem privadas de liberdade. Ou seja, são os riscos ligados a sexo, faixa etária, etnia etc. Exemplificando: uma pessoa privada de liberdade, com 45 anos, do sexo feminino, com vida sexual ativa, sem nenhuma queixa, deveria ser submetida à atualização vacinal, ao rastreo para hipotireoidismo, ao exame de Papanicolau etc.



Quais são os riscos e agravos mais prevalentes aos detentos do sexo masculino em relação ao sexo feminino ou a LGBTT?

Em uma pesquisa identificou-se uma predominância de estudos científicos realizados com detentos do sexo masculino, em comparação ao sexo feminino, fato que vem em conformidade com a predominância da população carcerária ser majoritariamente do sexo masculino. Leva-se em conta também que o grupo masculino é o mais envolvido em situações de violência, e com maior índice de reincidência em crimes e, conseqüentemente, no cumprimento de pena prisional (CARVALHO et al, 2006).

Estudos realizados mostram que, embora homens e mulheres encarcerados estejam igualmente excluídos da “vida social” antes e depois da prisão, existem algumas características que os diferenciam nesse processo de exclusão. As características mais fortemente associadas ao sexo masculino são: receber visita íntima na prisão, estar preso por sete anos ou mais, ser casado, ter condenação por roubo, haver ainda três anos ou mais a cumprir de pena e ter feito uso de maconha antes de ser preso. Por sua vez, associadas ao sexo feminino, dizem respeito a: doença sexualmente transmissível, ser viúva, estrangeira, usar “tranquilizante” na prisão, ter visitado alguém na prisão antes de ser presa e ter 35 anos ou mais (CARVALHO et al, 2006).

|  Sexo feminino: |  Sexo masculino: |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Apresentar DST.• Ser viúva.• Ser estrangeira.• Usar “tranquilizante”.• Já ter visitado alguém na prisão.• Ter 35 anos ou mais. | <ul style="list-style-type: none">• Receber visita íntima.• Estar preso por 7 anos ou mais.• Ser casado.• Apresentar condenação por roubo.• Ter 3 anos ou mais de pena ainda a cumprir.• Ter usado maconha antes de ser preso. |

| Figura 13 – Características mais fortemente associadas ao sexo masculino e ao sexo feminino.
Fonte: do autor (2014).



Diante dessas diferenças, surgem algumas questões de saúde e necessidades específicas de cada sexo, principalmente se tratando de pessoas que vivem em confinamento. Logo, para que se possa traçar alguma estratégia para a abordagem dessa “problemática”, no mínimo será necessário ter conhecimento dos dados a seguir.

- I. Quantas pessoas estão presas na unidade hoje?
- II. Dentre estas, quantas são homens, mulheres, LGBTQI+, gestantes, nutrízes, pessoas com transtorno mental em conflito com a lei?
- III. Qual é a faixa etária de cada gênero?
- IV. Quais são as condições facilitadoras ou dificultantes do seu território (características físicas do estabelecimento penal, capacidade das celas, possibilidades de lazer, esporte...)?
- V. Quais são os recursos do seu território (possibilidades de trabalho, estudo, os insumos destinados à saúde disponíveis, recursos humanos, qualidade da alimentação, proporção de agentes prisionais...)?
- VI. Quais são as redes de apoio do território (ONGs, pastorais, igrejas, faculdades, empresas...)?
- VII. Qual é a porcentagem de detentos que recebem visitas de familiares?

VIII. O seu estabelecimento penal apresenta apenas pessoas condenadas (penitenciária) ou há pessoas que aguardam julgamento (presídios, cadeias)? Dentre as pessoas condenadas, qual é o tempo de permanência média?

IX. A equipe de saúde é uma Equipe de Atenção Básica Prisional do SUS? Os recursos financeiros de custeio do incentivo federal estão sendo investidos nas ações de atenção básica prisional conforme o planejamento anual? Há pactuação na rede para inclusão da PPL? Como se dá o cofinanciamento estadual?

X. Existe um “protocolo de busca ativa de agravos” em uso na admissão?

XI. Existe atualização vacinal e busca ativa de agravos biopsicossociais periódica?

O estudo da situação sociodemográfica nos permite conhecer diferentes características da população prisional, associando-as às patologias, às formas de prevenção e ao consequente tratamento. Neste sentido, pesquisadores identificaram que o perfil de exclusão social a que essa população é submetida difere quanto ao sexo, à idade, ao estado civil, ao tempo de encarceramento e à nacionalidade (CARVALHO et al, 2006).

Identificou-se, então, que a população carcerária é predominantemente jovem: média de 28 anos para os homens e 31 anos para as mulheres. A proporção de estrangeiros foi cinco vezes maior em mulheres do que em homens, sendo elevado o número de indivíduos que tinham história de passagem pelo Juizado da Infância e da Juventude.



A maior parte das mulheres havia sido condenada por tráfico de drogas (70%) e depois por furto ou roubo (25%), ao passo que os homens, por motivo de furto ou roubo (60%) e, em seguida, por tráfico de drogas (30%). Ainda em relação ao perfil da população em questão, os estudos apontam que mulheres encarceradas apresentam, na grande maioria, baixo nível socioeconômico e educacional, alto índice de DST, história de uso de alguma droga ilícita e álcool, além de não utilização de preservativo durante as relações sexuais.



A sua população prisional é formada apenas de homens? Qual é a proporção de LGBTTT na sua população? Os LGBTTT são pessoas que enfrentam dificuldades particulares no ambiente prisional? A discriminação contra eles é intensificada na sociedade hierárquica das prisões masculinas? Qual é a média de idade dos seus internos? Você tem mulheres ou menores sob seus cuidados?

Diante dessas informações, os indicadores apontam para a importância de a equipe de saúde formular estratégias voltadas à saúde da população encarcerada, contribuindo para uma melhor resolubilidade dos problemas associados a essa população.

Os estudos tornam notável que a saúde dos detentos é uma problemática latente e um campo aberto e amplo a ser explorado. Trata-se de uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento dos detentos representa uma oportunidade singular para a implementação de programas terapêu-

ticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, que, em geral, tem menos acesso aos serviços de atenção à saúde.

Quais são os riscos populacionais locais da população privada de liberdade que você referencia em seu trabalho, seja em serviços estruturados intra, seja em serviço existente extramuros?



Essa pergunta jamais poderia deixar de ser feita, ainda mais quando estamos falando de saúde prisional no Brasil, um país continental.

Todos nós trabalhamos em estabelecimentos penais no território brasileiro, que se localizam em um estado, numa determinada cidade, configurando uma região onde existem agravos prevalentes à saúde. Portanto, por mais que muitas vezes as unidades prisionais se localizem distantes da área urbana, não estamos ilhados. Mesmo que estivéssemos, as pessoas que habitam esse território vieram de algum lugar.

Logo, é fundamental que levantemos a naturalidade e residência das pessoas que estão privadas de liberdade naquele território para que possamos desenvolver processos diagnósticos e realizar investigações epidemiológicas. O objetivo é de reduzir a ocorrência de formas graves e óbitos, além de reduzir a prevalência da infecção e o risco de expansão geográfica de determinada doença ou agravo.





Acesse o material que trata do espaço exclusivo nos presídios para homossexuais no endereço eletrônico: <<http://amagis.jusbrasil.com.br/noticias/111936335/cadeia-exclusiva-para-homossexuais>>.

A título de exemplo, ilustraremos com um estudo realizado na cidade de Caratinga, no leste de Minas Gerais, uma área endêmica de esquistossomose.



| Figura 14 – Caratinga, cidade do interior de Minas Gerais.
Fonte: José Geraldo Dias Frazoni/caratinga.net (2014).

No segundo semestre de 2013 foi realizado um inquérito coprológico (investigação epidemiológica) no presídio de Caratinga (MG), com 88 detentos do sexo masculino assintomáticos, na

procura de casos de esquistossomose mansônica. Foram fornecidos coletores de fezes aos detentos e recolhidos os recipientes para realização de exame coprológico com técnica quantitativa de sedimentação – técnica de Kato-Katz. Dos 88 exames realizados, em 18 foram detectados ovos do parasita.

Devemos lembrar que nesse mesmo estabelecimento prisional, no mesmo ano, de 55 exames solicitados para testagem de sífilis, HIV, HBV e HCV, foram evidenciados quatro casos de sífilis latente, um caso de hepatite C e nenhum caso de HIV ou hepatite B. Todos os internos tiveram as vacinas atualizadas segundo o calendário vacinal brasileiro (você encontra no *site* da Saúde Prisional do Ministério da Saúde).

Esses estudos demonstram com clareza a importância de se realizar um diagnóstico situacional (local). De certa forma, também confrontam a ótica reducionista da atenção à saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil, na medida em que as ações desenvolvidas, na grande maioria, limitam-se àquelas voltadas para DST/Aids, hepatites virais e tuberculose.

Você saberia dizer quem são os detentos da sua unidade? A maioria é natural ou residente na região onde se localiza o estabelecimento penal? A prisão está localizada em uma região endêmica de malária, esquistossomose, hanseníase, doença de Chagas ou alguma outra doença infectocontagiosa? Quais riscos locais essas pessoas correm? No momento está havendo alguma epidemia ou surto na sua região? Você consegue identificar ou reconhecer os riscos populacionais específicos a que sua população privada de liberdade está exposta por se encontrar em um ambiente prisional?



Quando falamos sobre riscos específicos, estamos nos referindo àqueles que as pessoas privadas de liberdade correm pela condição em que se encontram e pelo ambiente em que estão. Ou seja, são os riscos independentes de sexo, faixa etária, raça, profissão, naturalidade, região que habitava etc.

As pessoas privadas de liberdade, vivendo dentro de um estabelecimento penal, representam populações diferenciadas, com culturas e problemas próprios, com modos de viver distintos, sujeitas a determinantes sociais inerentes à condição, que necessitam ser assistidas por profissionais com competências adequadas à sua realidade.

Pessoas sem liberdade, por si só, têm menos saúde. A liberdade – assim como moradia, alimentação, lazer – é um dos elementos conceituais e reais para se ter saúde. Logo, a pessoa privada de liberdade, independentemente de queixas, sintomas ou lamentações, pode ser considerada sem saúde, apesar de ter o direito à saúde, ou melhor, ao acesso à saúde garantido na LEP.

Depois das doenças transmissíveis, as doenças mentais são as principais responsáveis pela carga de morbidade da população prisional.

Quando falamos do “contexto prisional”, estamos reforçando o conceito citado anteriormente: “o mapa não é o território”. Estamos falando de um território ainda pouco conhecido e explorado em nosso país. Logo, nessa população privada de liber-

dade, a grande maioria das recomendações clássicas propostas pelos guidelines e “mapas”, elaborados para a população em geral, podem ter aplicabilidade parcial ou nenhuma no território dos estabelecimentos penais, conforme será abordado nos cenários a seguir.

» Cenário 1: Canelinha

Você atende Joaquim da Silva, negro, 39 anos, conhecido como Canelinha. É um detento obeso, tabagista, com níveis pressóricos e glicêmicos normais. Na última consulta relatou ter “triglicéris alto”, e você solicitou o exame para tirar sua dúvida.

Hoje você está com os exames dele, que chegaram e evidenciaram 197 mg/dL de triglicérides. Nesse momento você lembra ter lido em alguns *guidelines* para dislipidemias que as evidências científicas recomendam que, nas hipertrigliceridemias com valores limítrofes (150 a 199 mg/dL), o indivíduo deve alcançar os níveis desejados de LDL-colesterol, e que as alterações de dieta e estilo de vida, com ênfase em perda de peso, atividade física regular e cessação do tabagismo, devem ser priorizadas. Ainda completam aconselhando limitar a ingestão de açúcares, substituir gorduras saturadas por monoinsaturadas e evitar o abuso do álcool.

Como você orientaria e conduziria essa situação, considerando que o Canelinha está preso numa cela com 24 pessoas, sendo que 19 destas fumam, ele não recebe visitas de familiares, além de estar recluso numa unidade prisional em cujo pátio mal há espaço para se expor ao Sol? Considere também que a marmita



é terceirizada e de má qualidade: pobre em verduras e legumes e rica em carboidratos (arroz, macarrão, mandioca, angu) e gorduras (linguiça, carne de porco, frango frito).



Como você conseguiria propor uma redução dos níveis de triglicerídeos ao Canelinha nesse ambiente, com as informações e recomendações produzidas para o “ambiente extramuros”?

» Cenário 2: Bracinho

Você atende José Maria, 34 anos, branco, homossexual, conhecido por todos como Bracinho (apelido dado em decorrência de apresentar monoplegia do membro superior esquerdo secundário e lesão do plexo braquial em função de acidente de motocicleta). Bracinho relata que não está conseguindo dormir, pois está ansioso. Relata que está recluso há 25 dias e está com insônia, pois anda muito preocupado com sua mãe. Bracinho não tem irmãos (o único que tinha “derramou a banca”), não conheceu seu pai e sua mãe é idosa, acamada e depende dele para seus cuidados de vida diária. Desde que foi preso, não tem notícias dela. Além disso, está tenso, pois na noite anterior dois colegas de cela tentaram violentá-lo sexualmente e o obrigaram a ingerir xampu.

Você se lembra da leitura que fez, na noite passada, em um clássico tratado de psiquiatria:

A insônia é um transtorno multidimensional e seu tratamento deverá combinar medidas não farmacológicas e farmacológicas. As estratégias não farmacológicas incluem a higiene do sono e a terapia cognitiva e de conduta. Em relação à higiene do sono, os pacientes serão aconselhados a: realizar exercícios físicos exclusivamente durante a manhã ou nas primeiras horas da tarde; comer uma refeição leve acompanhada de ingestão de água limitada durante o jantar; evitar a nicotina, o álcool e as bebidas que contenham cafeína (café, chá, infusão de erva-mate, bebidas “cola” e inclusive o guaraná); providenciar que a cama, o colchão e a temperatura do quarto sejam agradáveis; regularizar a hora de deitar e levantar; utilizar o quarto somente para dormir; e manter a atividade sexual (MONTI, 2000, p. 4-31).

Você tentaria aplicar a recomendação anterior a pacientes que não conseguem dormir, como o Bracinho? Insônia é uma queixa frequente nas prisões? Qual é a incidência no seu estabelecimento penal? Como tratar insônia com medidas não farmacológicas no ambiente prisional? Quando iniciar psicotrópicos? Quais problemas podem ser gerados ao prescreverem-se benzodiazepínicos em uma unidade prisional?



» Cenário 3: Homem Aranha

Você atende Warley Davidson, 42 anos, pardo, conhecido como “Homem Aranha” por causa de sua habilidade em “escalar” prédios e realizar furtos em residências de idosos que moram em segundo e terceiro andares.



Quando Homem Aranha foi chamado na cela, o gatilho da ansiedade foi disparado: *Será que vou "sair de bonde" (transferido)*? Será que vou ser "descamado" (agredido) de novo?* Geralmente os detentos não sabem quando vão à consulta, ou o motivo pelo qual foram chamados da cela.

Tirar/guardar

Os termos "tirar" e "guardar" o "preso" são expressões inadequadas, mas muito utilizadas na linguagem dos carcereiros nos estabelecimentos penais brasileiros.

Triagem

Geralmente os estabelecimentos penais têm uma ou mais celas onde pessoas que acabaram de ser reclusas passam por um período médio de duas semanas antes de serem transferidas para os pavilhões. Essas celas são denominadas "triagem", pois nesse período os indivíduos deveriam ser avaliados e classificados e receber orientações específicas antes de se agruparem com os que já se encontram há mais tempo no estabelecimento.

Após serem **tirados** da cela, eles ficam confinados numa sala, algemados, esperando durante horas pelo momento de "passar pelo médico". Isso quando têm certeza de que irão consultar e não será nenhum outro "procedimento"...

Homem Aranha acabou de ser preso, está há cinco dias na "**triagem**", diz ter sido agredido por policiais e já está há três noites sem dormir. Relata ser um homem saudável, aparenta ser robusto e nega qualquer patologia prévia. Após aferir sua pressão arterial, você constata 158/94 no braço direito e 150/100 no esquerdo.

Neste momento, você lembra quais são, segundo as **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão** (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), os procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial (D).

Procedimentos para medida da pressão arterial

Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos, em ambiente calmo.

Instruir o paciente a não conversar durante a medida.

Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

Certificar-se de algumas condições momentâneas do paciente.

Não está com a bexiga cheia.

Não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos.

Não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos.

Não fumou nos 30 minutos anteriores.

| Figura 15 – Procedimentos recomendados para medida da pressão arterial.
Fonte: do autor (2014).



Como tentar implementar esses procedimentos recomendados na sua unidade? Por falar nisso, hipertensão e diabetes são agravos comuns na sua comunidade prisional? Estão adequadamente controlados, segundo o protocolo do Ministério da Saúde? Como diferenciar comunidade prisional de população prisional?

Um exemplo clássico da especificidade do cuidado no ambiente prisional refere-se ao tempo esperado de tosse para definição de sintomático respiratório na PPL ser reduzido para aumentar o diagnóstico precoce.

Considerando o ambiente confinado e hiperendêmico das prisões, a prioridade deve ser dada à detecção de casos bacilíferos identificados a partir da existência de tosse por mais de duas semanas – tempo diferenciado do padrão de três semanas que é utilizado na população geral (BRASIL, 2011).

Riscos à integridade física do detento muitas vezes não são questionados. Nós, profissionais da área de saúde, durante a entrevista nos lembramos de perguntar sobre história patológica pregressa, história familiar e outros elementos da anamnese tradicional. Um elemento interessante de ser lembrado na entrevista em ambiente penal seria relacionado aos riscos da interação social.

Mas, o que seria isso? No contexto prisional é importante ter conhecimento se o detento é ex-policial, pois se for positiva a resposta, essa pessoa deve ter sua integridade física preservada em uma cela chamada “seguro”, cela individual, ou até mesmo ser transferida para um ambiente prisional destinado a policiais, trabalhadores do sistema prisional, advogados e outros profissionais do gênero.

Outra questão importante de saber é se o indivíduo é **desafeto** de outro recluso naquele estabelecimento. Detentos considerados **delatores** – ou seja, que denunciaram ou acusaram “colegas” – devem ser protegidos, pois existe risco claro para sua integridade física.

Do ponto de vista profissional, a ética obriga a identificar e conduzir da melhor maneira possível (e às vezes de maneira não ortodoxa) as nossas condutas, a fim de diminuir riscos à saúde e promover melhor qualidade de vida às pessoas que ali se encontram privadas de liberdade – independentemente da razão desta prisão.

Esses pequenos exemplos demonstram a especificidade dos riscos dessa população, que geralmente não são abordados nas entrevistas tradicionais por descontextualização dos fatos.



2.4 Intersectorialidade e saúde no sistema prisional

A saúde precisa ser entendida como um problema social que não pode ser abordado em dimensão setorial, por estar interligada e dependente dos demais aspectos que estruturam a sociedade.

Os problemas sociais se manifestam e são identificados setorialmente, mas a solução depende da atuação de mais de uma política pública setorial. A complexidade do setor saúde não permite uma abordagem fragmentada dos problemas (WIMMER, FIGUEIREDO, 2006; PAULI, 2007).

A abordagem intersectorial de problemas sociais incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, e considera o cidadão na sua totalidade, numa clara relação com a concepção de integralidade em saúde. Ou seja, uma atenção integral à saúde, cujos determinantes extrapolam o setor, só é possível a partir de uma ação articulada com os demais setores sociais (JUNQUEIRA et al, 2004; PAULI, 2007).

Portanto, a efetividade da ação intersectorial depende da observância de uma atuação articulada cujos objetivos e estratégias de operacionalização incluam participação e a organização de diversos atores sociais e a troca de saberes, o que, em si, potencializa o resultado da ação.

A intersectorialidade não é um processo espontâneo, dependendo de uma ação deliberada de cooperação. Percebemos que tam-

pouco é facilmente implementada. Constitui uma nova concepção de atuar em saúde, que mexe com interesses de grupos, dentro e fora do setor.

Quem deve cooperar com a intersectorialidade?



- | | |
|---|--|
| » A equipe multiprofissional, com seus saberes biopsicossociais. | » Os empresários locais. |
| » O serviço social do âmbito da justiça e o do território onde se encontra a unidade prisional. | » Os grêmios e as associações civis. |
| » A Defensoria Pública. | » Os grupos de internos espontaneamente formados dentro da prisão. |
| » O Ministério Público. | » Os voluntários (religiosos ou não). |
| » A vara de execuções penais. | » Os agentes penitenciários. |
| » A prefeitura. | » Outros trabalhadores prisionais. |

| Figura 16 – Cooperação com a intersectorialidade.
Fonte: do autor (2014).

Por outro lado, com a integração de saberes e experiências, os profissionais e os grupos populacionais passam a ser considerados como sujeitos capazes de perceber os seus problemas de maneira integrada e identificar soluções adequadas à sua realidade social.





Você deve estar refletindo sobre a complexidade da implantação de ações intersetoriais em seu espaço de trabalho para garantir a atenção à saúde da PPL, não é mesmo? Deve, ainda, estar refletindo se é possível promover ações intersetoriais a partir da Atenção Básica. Pois saiba que sim, é possível. Muitas vezes, basta perguntar: Você pode nos ajudar?

Diante das dificuldades de articulação com outros setores, do ponto de vista macro da gestão, Pauli (2007) sugere que se inicie a atuação intersetorial em pequenas parcerias, nos projetos comuns, pontuais e, assim, paulatinamente, amplie-se o potencial resolutivo.

Ademais, ao entender a Atenção Básica como uma estratégia flexível, caracterizada por meio do primeiro contato entre paciente e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna, sistemática e continuada e que é responsável pela articulação dos diversos pontos da atenção dos prestadores de cuidados, dentro e fora do setor saúde, não podemos prescindir da intersectorialidade como um eixo estrutural de nossa atuação.

Concordamos com a visão de Paula, Palha e Protti (2004) de que a Atenção Básica tem capacidade de articular os vários setores presentes, tanto no nível mais operacional – ações de saúde diretamente ofertadas à população – como nos níveis regional e central. Tendo por base uma perspectiva de planejamento ascendente e com potencialidade de articular setores fundamentais, podem-se desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde.

Porém, alguns elementos são fundamentais para que esse potencial se efetive. Para proceder com a articulação dos setores fundamentais, são necessárias ações:

- Superar a fragmentação e a compartimentalização do processo de trabalho dentro do Setor Saúde, centrado no modelo biomédico, e incorporar uma cultura de cooperação e de ampliação e complementaridade dos diferentes saberes.
- Adotar a intersectorialidade como um processo integrado de transformação da assistência, articulando com toda a população prisional (internos e trabalhadores).
- Entender que saúde da pessoa privada de liberdade nos moldes do SUS é uma política recente e vem enfrentando dificuldades na formação, capacitação e articulação dos sujeitos, além de haver (por enquanto) pouca articulação entre a saúde e as políticas sociais em prol de um objetivo único.

Este é um processo que está começando a ser construído e requer a formação de uma rede de apoio que inclua o SUS e o SUAS, bem como todos os outros recursos disponíveis nas políticas locais, regionais e nacionais.

Esse discurso enfatiza que um dos objetivos da intersectorialidade é a formação dessa rede – conceito que extrapola a articulação apenas do trabalho em equipe ou setorial – para, por meio dela, promover uma articulação de pessoas e instituições que, de maneira compartilhada, buscam soluções para a superação de problemas sociais.



2.5 Resumo da unidade

Nesta unidade foi apresentada a importância de se discutir o processo de trabalho em saúde para atenção à PPL. Conceitos e fundamentos como os elementos desse processo, o conhecimento do território, as especificidades da população prisional e os determinantes sociais do processo saúde-doença nas populações privadas de liberdade foram abordados de maneira simples, mas sensibilizadora e motivadora.

Dentro desse propósito, não podemos deixar de ressaltar a importância que a leitura e reflexão desses ditos concisos tratados nesta unidade se concretizem em ações reais aplicáveis a sua realidade local e passíveis de transformações verdadeiras no seu cenário prisional.

2.6 Recomendação de leitura complementar

KOLLING, G. J.; BATISTA, M. B.; DELDUQUE, M. C. O Direito à saúde no sistema prisional. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 282, 2013. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1304/1133>>.



Encerramento do módulo

Provocamos uma reflexão sobre o que é o processo de trabalho em saúde e, em particular, sobre a saúde da PPL, no e fora do ambiente prisional, considerando a prática das equipes, a discussão dos elementos do processo de trabalho e suas especificidades no campo da saúde dessa população específica. Dentro deste propósito, não podemos deixar de exprimir breves pensamentos sobre a determinação social do processo de saúde e doença.

Esperamos que este módulo tenha possibilitado uma reflexão sobre o processo de trabalho da sua equipe de saúde que referencia a PPL, ou seja, que você perceba de maneira mais clara e consiga analisar de modo mais fácil as diferentes possibilidades de se trabalhar nesse campo, considerando os objetivos das ações desenvolvidas e elegendo os processos com maior possibilidade de chegar a ser efetivos.

Felizmente encontramos muitas equipes pelo Brasil que, vivendo realidades semelhantes, conseguem administrar sua demanda, criar vínculos com a comunidade privada de liberdade e desenvolver projetos, provocando mudanças de modo que atinjam ob-

jetivos e metas e, com isso, obtenham mais resultados e maior satisfação com o seu trabalho.

O que diferencia, então, o trabalho dessas equipes que conseguem romper as resistências do trabalho de equipes que têm dificuldades e não conseguem sair dessa inércia?

É possível que a resposta a essa pergunta esteja relacionada, entre outras coisas, à forma como cada equipe trabalha. Ou, dito de outra maneira, ao modo como as equipes organizam seu processo de trabalho e conseguem contrapor a força da “cultura institucional”.

A reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é uma característica marcante da humanidade e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento humano. O grau de dificuldade dessa reflexão aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais bem sistematizado for o processo de trabalho no serviço de saúde prisional, mais fácil será refletir sobre ele, que se tornará progressivamente menos complexo.

Nas populações privadas de liberdade, mudar o comportamento de um indivíduo a respeito de sua saúde, mudar o comportamento de um grupo a respeito do seu meio e mudar a ideologia punitiva da instituição é uma tarefa árdua, que exige paciência e, sobretudo, habilidades.

A construção do conhecimento e de novas capacidades daí derivadas é elemento-chave no desenvolvimento dos processos de trabalho, em quaisquer de suas características, tempo ou espaço.

Este módulo não teve a pretensão de esgotar o tema abordado, mas de servir como um instrumento orientador, que possa responder às questões mais frequentes que surgem na rotina do processo de trabalho em saúde nos estabelecimentos penais.

Procure conhecer o *site* sobre saúde prisional que o Ministério da Saúde tem na internet. Lá, você poderá descarregar todos os Cadernos de Atenção Básica em formato pdf, assim como terá acesso a outras informações úteis para o seu trabalho.

Esperamos que os conteúdos apresentados tenham lhe fornecido conhecimentos para desenvolver seu trabalho com a qualidade desejada e seguindo as diretrizes do SUS na atenção às populações privadas de liberdade, respeitando suas singularidades.



Referências

BORGES, R.; DOHN, M. O trabalho de equipe interdisciplinar. In: CUTOLO, L. R. A. (Org.). **Manual de terapêutica:** assistência à família. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006. p. 129-146.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**, Brasília, DF, 1988.

CAMPOS, G. W. de S. **A clínica do sujeito:** por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, M. L.; et al. Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. de A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

FARIA, H.; et al. **Unidade Didática 1:** organização do processo de trabalho na Atenção Básica à saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

JUNQUEIRA, L. A. P. et al. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/04.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

KORZYBSKI, Alfred. Science and Sanity: An Introd. to Non-Aristotelian Systems and General Semantics. With New Pref. by Russell Meyers. Inst. of general semantics, 1958.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário:** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção In: MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

MONTI, M. J. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 4-31, 2000.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado?. **Revista Interface**, São Paulo, v. 8, p. 331-348, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a11v8n15.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.

PAULI, L. T. S. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal**. 2007. 211f. Tese (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02122008-195835/>>. Acesso em: 01 out. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 1-64, jan./mar. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. de O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.145-154, jan/mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29458.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2014.



Minicurrículo dos autores

Rodrigo Otávio Moretti Pires

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC (2012-2015). Editor Chefe do Periódico Saúde & Transformação Social/Health & Social Change (ISSN 2178-7085). Docente do quadro permanente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Especializado em Saúde da Família (Polo de Educação Permanente do Nordeste Paulista/Ministério da Saúde por meio da EERP/USP). Mestre em Saúde Pública pelo Departamento de Medicina Social (FMRP/USP). Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP. Pós-doutorado em pesquisa na temática do Uso de Álcool e Drogas pela CICAD/Organização dos Estados Americanos (por meio de programa da SENAD e EERP-USP). Tem por interesses Construcionismo Social, Teoria Crítica e Violência.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5045216268657919>>.

Igor de Oliveira Claber Siqueira

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, pós-graduado em Saúde da Família e Comunidade. Médico de Família e Comunidade pela SBMFC. Atualmente é preceptor do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Centro Universitário de Caratinga – UNEC. Médico do Presídio de Caratinga (MG).

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/1542493662391766>>.

Sheila Rubia Lindner

Graduada em enfermagem (2002), mestre em Saúde Pública (2005) e doutora em Saúde Coletiva (2013) pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora na temática de Violência por Parceiro Íntimo. Compõe o grupo gestor da UNA-SUS/SC como representante interinstitucional pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. É representante da UNA-SUS/SC na Comissão Estadual do PROVAB/MAIS MÉDICOS em SC.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3507140374697938>>.

Rosangela Goulart

Graduada em Ciências Contábeis pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985) e mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). Atualmente é funcionária pública da Universidade Federal de Santa Catarina, atuando principalmente nas seguintes funções: didático-pedagógica, coordenadora executiva, capacitação, ARSC/PROFAE e apoio. EAD – UNA-SUS – UFSC.

Endereço do currículo na plataforma lattes: <<http://lattes.cnpq.br/8312065495578531>>.

